ARTIGO ORIGINAL

Avaliação de satisfação e dificuldade de acesso de atenção à saúde em município mineiro

Evaluation of satisfaction and difficulty of access to health care in Minas Gerais municipality

Eleciânia Tavares da Cruz[1], Renata Mafra Giffoni[1], Luciana Vasconcelos Quaresma[1], Elza Machado de Melo[1], Simone Sandra de Araújo Silva[2], Lânia Maria Soares[2], Vanuse Maria Resende Braga[2], Ricardo Tavares[3]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[2] UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil; Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Betim, MG – Brasil.
[3] Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, Departamento de Estatística. Ouro Preto, MG – Brasil; UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Simone Sandra de Araújo SIlva
E-mail: simonesas10@gmail.com

RESUMO

Este artigo é parte da pesquisa *Saúde e Violência: subsídios para a formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência* (SAUVI), inquérito domiciliar realizado em Betim, Minas Gerais, nos anos de 2014 e 2015. Teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário e sua dificuldade de acesso à saúde em serviços de diferentes níveis de atenção tanto no setor privado quanto no público. Foi realizado inquérito de base domiciliar com amostragem estratificada por conglomerados em três estágios, a saber, seleção estratificada dos setores censitários; sorteio aleatório dos domicílios dentro de cada setor; e seleção de um entrevistado maior de 20 anos em cada domicílio, segundo sexo e idade, utilizando a Tabela de Kish. A amostra foi calculada com margem de erro máximo em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança de 95%. Foram criados dois indicadores: o de dificuldade de acesso (IDA) e o indicador de satisfação com o serviço (IS), com os quais foram construídos gráficos do tipo *boxplot*. Foram entrevistadas 1.129 pessoas de 20 anos e mais. Os resultados mostraram valores medianos altos de IS (igual ou acima de 0,8), tanto para os serviços públicos quanto privados. O IDA apresentou valores medianos relativamente baixos, confirmando a avaliação do IS para a maioria dos serviços (em torno de 0,2), sendo um pouco maior (em torno de 0,4) para hemodiálise e para Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). A comparação entre setor público e privado mostrou IS ligeiramente maior com o setor privado, exceto para a hemodiálise. Para o IDA, os valores foram semelhantes, exceto para UPA e para hemodiálise, sendo o valor, nesses dois casos, maior, respectivamente, no setor privado e no setor público.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This article is part of the research Health and Violence: subsidies for the formulation of Policies for Health Promotion and Prevention of Violence - SAUVI, a household survey conducted in Betim, Minas Gerais, in the year 2014 and 2015. Its objective was to evaluate the satisfaction of Access to health services at different levels of care in both the private and public sectors. A household-based survey was conducted with stratified sampling by clusters in three stages, namely, stratified selection of census tracts; Random draw of households within each sector and selection of a respondent over 20 years old, in each household, according to sex and age, using the Kish Table. The sample was calculated with a maximum error margin of 1.9% for the proportion of violence in the municipalities and a confidence level of 95%. Two indicators were created, the access difficulty index (ADI) and the satisfaction indicator with the service (SI), with which box-plot type graphs were constructed. A total of 1129 people aged 20 years and over were interviewed. The results showed high median IS values (equal to or above 0.8) for both

public and private services. ADI presented relatively low median values, confirming the SI assessment for most services (around 0.2), being slightly higher (around 0.4) for hemodialysis and for Emergency Care Unit. The comparison between the public and private sectors showed a slightly higher IS with the private sector, except for hemodialysis. For ADI, the values were similar, except for Emergency Care Unit and for hemodialysis, the value in these two cases being higher, respectively, in the private sector and in the public sector.

Key words: Primary Health Care; Health Services; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Este estudo integra o projeto de pesquisa maior intitulado *Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção da violência* (SAUVI) e teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário e sua dificuldade de acesso à saúde em serviços de diferentes níveis de atenção tanto no setor privado quanto no público.

Abordou como pressuposto teórico o conceito de violência estrutural, que se relaciona à exclusão e às desigualdades sociais, para designar a negação ou a dificuldade de acesso ao cuidado de saúde e à proteção social.[1] Sob a ótica da saúde, pode-se considerá-la como um tipo de violência praticada pelo Estado, na medida em que ele concentra o poder de intervenção ou não intervenção, produzindo danos pela privação do acesso a ações de promoção e prevenção a uma coletividade.[2]

No Brasil ainda existem barreiras de todos os tipos para acessar os serviços de saúde, com acentuadas diferenças regionais e justificativas quase sempre relacionadas a questões financeiras e orçamentárias. Grande parte das políticas assistenciais é pensada fora do contexto social dos indivíduos e da coletividade.[3-5] Por outro lado, estudo sobre desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil constatou que houve redução da desigualdade e da pobreza em função de mudanças sociais ocorridas; aumento das taxas de utilização e redução das desigualdades no cuidado primário; porém, sugere melhoria dos serviços públicos.[6]

METODOLOGIA

O Projeto de Pesquisa SAUVI consiste de inquérito domiciliar, tendo por objetivo estudar o perfil de violência e fatores associados em Betim, município da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, com população estimada, em 2015, de 417.307 habitantes.[7] O município possui economia voltada basicamente para atividades industriais. Além do polo petroquímico e automotivo, a cidade também abriga importantes indústrias nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica e logística. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para 2010 era de 0,749. Conta com população ocupada assalariada de 122.301 (2013) e salário médio de 3,8 salários mínimos. A população concentra-se na faixa etária de 20 a 49 anos.

A população-alvo foi constituída por pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos no município de Betim, Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se de amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio da amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT) do número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio de sorteio aleatório; e o terceiro para selecionar, no domicílio, a pessoa que respondeu o questionário, levando em conta a homogeneidade entre sexo e idade, para o que foram utilizadas as tabelas de Kish[8]. A amostra foi calculada com grau de confiança de 95%, margem de erro de 1,89%.

O instrumento utilizado para a pesquisa SAUVI foi um questionário geral, composto de 563 questões organizadas em 11 blocos temáticos, sendo que o trabalho de campo foi precedido de extensa preparação e divulgação. As variáveis selecionadas para esse recorte foram as seguintes: ter plano de saúde; dificultadores de acesso; variáveis sobre ambiência; utilização dos serviços; satisfação com o serviço.

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas qualitativas, foram construídos indicadores: de dificuldade de acesso (IDA) e de satisfação com os serviços (IS). Esses indicadores: IDA e IS foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-1.

Para análise dos dados utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)[9] e o *R: Development Core Team.*[10] A pesquisa SAUVI, que deu origem a este artigo, foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG sob o número CAAE – 02235212.2.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 1.129 pessoas, uma em cada domicílio de Betim, no período de 2014 e 2015. Des-

tes, 464 (41%) têm plano de saúde. Entre os entrevistados, 72,1% responderam que há demora e/ou dificuldade em conseguir atendimento e para 36,6% falta qualidade do serviço. Sobre os motivos de não utilização dos serviços, 35% mencionaram o horário de funcionamento dos serviços de saúde; 30,6% a falta de tempo devido ao trabalho; 21,3% por achar que não é importante ou que vai sarar sozinho; 19,5% por não gostar de médico; 14,1% por não gostar de falar de seus problemas; e 10,8% por ter medo ou vergonha.

A Figura 1 mostra a distribuição do indicador de satisfação (IS) segundo os serviços utilizados, públicos, privados e ambas as modalidades.

De modo geral, os indicadores de satisfação são altos, o valor mediano igual ou superior a 0,8 para todos os serviços, sejam públicos ou privados. Observa-se melhor desempenho dos serviços privados referentes ao IS, exceto no serviço de hemodiálise e outros, cuja satisfação é maior no serviço público. Mas deve-se destacar que entre as pessoas que responderam a essas questões, a maior parte é usuária do SUS: por exemplo, para emergência, 35,1% responderam que usaram o SUS (UPA) contra 2,5% que usaram o serviço privado Ressalta-se, ainda, que aproximadamente 41% dos entrevistados têm plano de saúde privado.

A Figura 2 mostra a distribuição do indicador de dificuldade de acesso (IDA) segundo os serviços utilizados.

Confirmando os resultados indicados pelo IS, o IDA apresenta valores medianos baixos para a maioria dos serviços e, como se poder ver na Figura 2, ele gira em torno de 0,2 para todos os serviços, com exceção da hemodiálise e da UPA, para os quais atinge valores maiores (pouco maior de 0,4). É também semelhante nos serviços públicos e privados, com exceção da UPA, onde é maior para o setor privado, e da hemodiálise, onde é maior no setor público. Esses resultados devem ser analisados levando-se em consideração o fato de que o percentual de participantes da pesquisa que é usuário do setor público é maior do que do setor privado, para quase todos os serviços públicos, exceto clínica e consultório.

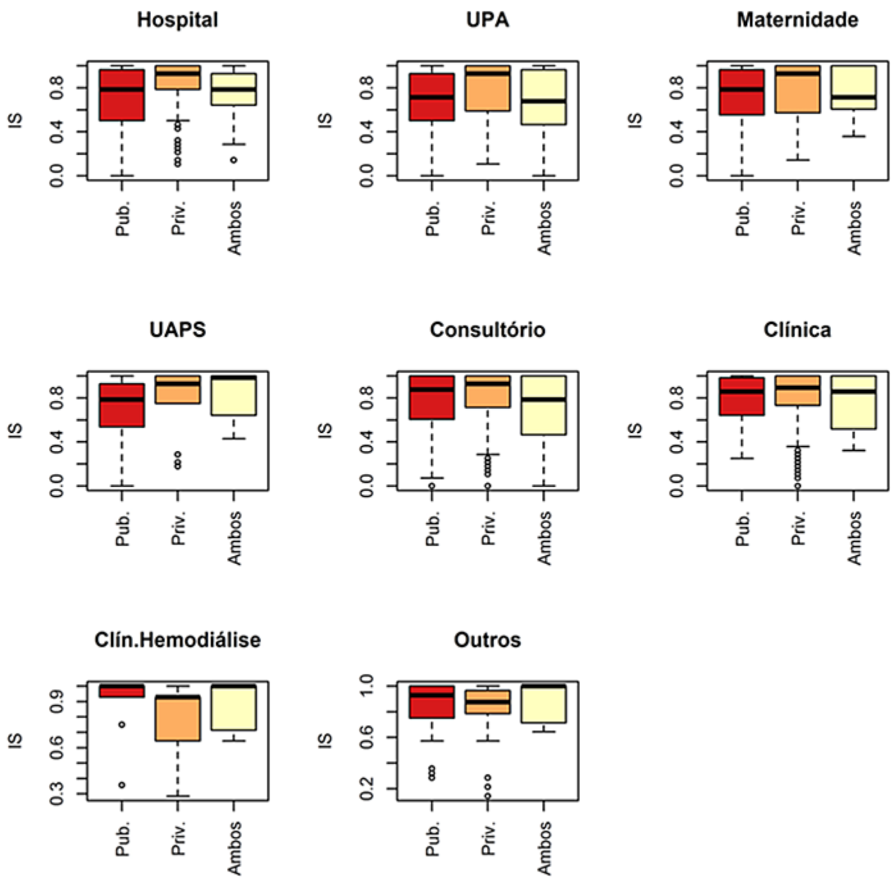

Figura 1 - Distribuição do indicador de satisfação com os serviços de saúde segundo os serviços utilizados, públicos, privados e ambos os tipos. Betim, 2015.

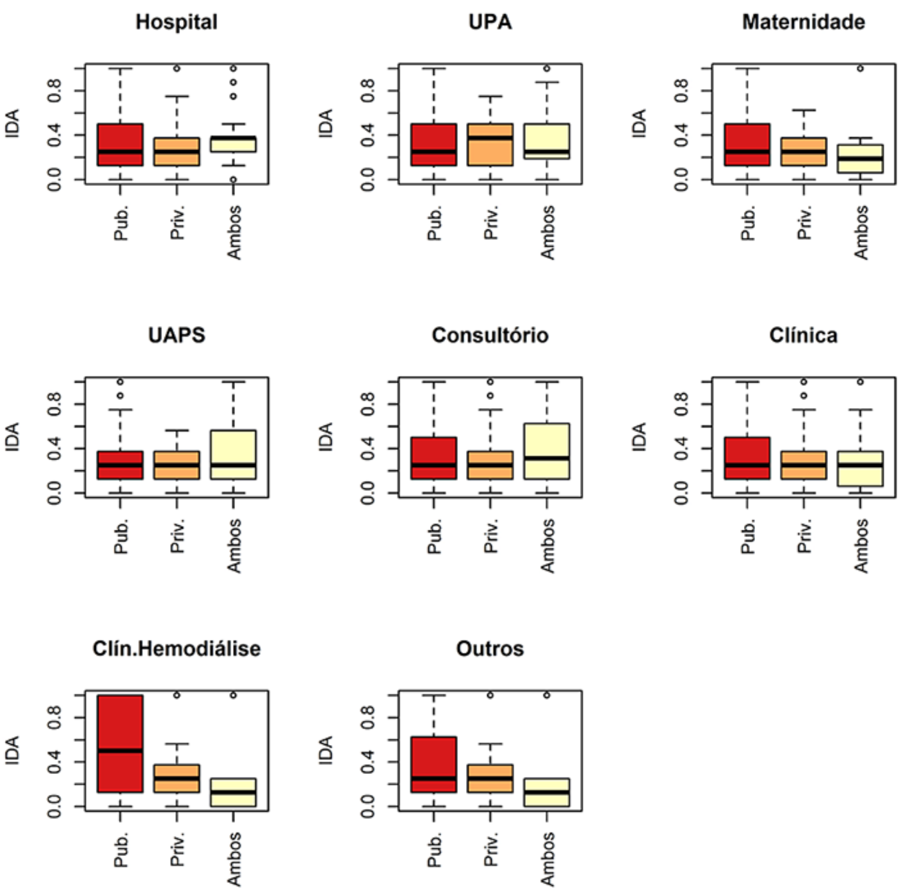

Figura 2 - Distribuição do indicador de dificuldade de acesso aos serviços de saúde segundo os serviços utilizados e o tipo de rede assistencial. Betim, 2015.

Reafirmando o que disse Sônia Fleury anteriormente, as políticas devem considerar o contexto social do indivíduo e da coletividade e o exercício do direito à saúde condiciona-se à capacidade das unidades de saúde em assegurar a qualidade do atendimento e a satisfação das necessidades dos usuários. Alguns autores[11,12] ressaltam que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil as desigualdades sociais entre os ricos e pobres em relação ao acesso e à utilização dos serviços ainda são significativas. Porém, é o caminho para a equidade que pode orientar a tomada de decisão para a expansão e modificação de políticas e programas, que têm o potencial para reduzir ainda mais essas desigualdades na utilização dos serviços de saúde no país.

No caso de Betim, os dados mostram que, pelo menos até o momento da realização da pesquisa, os usuários entendiam que tais direitos estão sendo consideravelmente garantidos, a julgar pelo alto valor do indicador de satisfação e pelos valores relativamente baixos indicadores de dificuldade de acesso. Obviamente que outras variáveis podem estar envolvidas nessa avaliação e não apenas a real garantia de direitos, mas tal distinção extrapola o caráter descritivo deste estudo e demandaria outros estudos em profundidade para ser elucidada. De todo modo, já é possível antecipar, neste sentido, a possibilidade de influência da lógica do mercado, que se exerce, como afirma Santos[13], sobre todos os aspectos da vida em sociedade, inclusive, portanto, no direcionamento da avaliação do usuário e, especialmente, na opinião disseminada de antagonismo entre público e privado, na maioria das vezes em detrimento do primeiro.

Além disso, os dados põem a necessidade de dar continuidade às análises comparativas por períodos e também por grupos sociais, uma vez que há evidências de que a dificuldade de acesso se faz mais presente em determinadas parcelas da população, como negros e pardos, com baixa renda e baixa escolaridade.[14,15]

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(1): 7-32.
2. Minayo MC, Andrade LOM. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(11): 2862.
3. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991.
4. Teixeira SMF. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. Psicol Soc. 2011; 23(n. spe.): 45-52.
5. Souza J. A ralé brasileira, quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
6. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, *et al*. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Econ Apl. 2013; 17(4): 623-45.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil do Município. [citado em 2013 fev. 28]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670
8. Kish L. Survey sampling. New York: Wiley; 1965.
9. Statistical Package for the Social Sciences. [citado em 2013 fev. 28]. Disponível em: http://www.statisticssolutions.com/spss-statisticalpackageforsocialsciences/
10. R Development Core Team. A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2012. [citado em 2013 fev. 28]. Disponível em: http://www.R-project.org.
11. Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MD, Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33(2): 90-7.
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(11): 2865-75.
13. Santos M. Por uma outra globalização : do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2000.
14. Buss PM. Promoção da saúde da família. Promoção da Família. Programa Saúde da Família. 2002. [citado em 2016 ago. 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf
15. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: os jovens do Brasil. Brasília: Garamond; 2014.